

健脾和胃汤配合针灸治疗脾胃虚弱(虚寒)型慢性浅表性胃炎疗效观察[※]

● 熊云* 张旖晴 刘涛

摘要 目的:观察健脾和胃汤配合针灸治疗脾胃虚弱(虚寒)型慢性浅表性胃炎的疗效。方法:慢性浅表性胃炎患者100例,随机分为两组,每组50例。治疗组以健脾和胃汤配合针灸治疗,对照组常规西药(奥美拉唑肠溶片、硫糖铝混悬液、枸橼酸莫沙必利片)治疗,对比两组的临床症状疗效和胃镜疗效。结果:两组临床症状和胃镜总有效率均无差异($P>0.05$)。但对临床症状有效的患者中,治疗组的痊愈率+显效率为90%,明显高于西药对照组的64%,差异有统计学意义($P<0.05$);治疗组的胃镜痊愈率+显效率为68%,明显高于对照组的44%,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:采用健脾和胃汤配合针灸治疗脾胃虚弱(虚寒)型慢性浅表性胃炎,疗效与常规西药治疗相当,但在临床症状疗效和胃镜疗效中,治疗组痊愈+显效的比例均明显高于常规西药对照组,并且健脾和胃汤配合针灸治疗脾胃虚弱(虚寒)型慢性浅表性胃炎患者耐受性好,未发现明显不良反应,值得临床进一步推广应用。

关键词 健脾和胃汤 针灸疗法 脾胃虚弱 慢性浅表性胃炎

慢性浅表性胃炎(简称CSG)是消化系统常见病、多发病之一。若治疗得当,病变可以逆转,炎症消退,胃粘膜恢复正常;反之则可发展为萎缩性胃炎^[1],少数萎缩性胃炎有可能演变成胃癌。据报道,我国萎缩性胃炎的癌病率为2.55%^[2]。对本病的治疗,西医多予以抑酸(如质子泵抑制剂、H₂受体阻滞剂)、保护胃黏膜(硫糖铝、铝碳酸镁等)、促动力(吗丁啉、莫沙必利等)等治疗,对合并幽门螺杆菌感染者,予以幽门螺杆菌根除治疗。从中医辨证分型来看,脾胃虚弱(虚寒)型是慢性浅表性胃炎的常见证型之一^[3,4]。笔者于2012年7月~2014年7月运用中国中医科学院名老中医吴幼卿教授总结的健脾和胃汤配合针灸治疗50例脾胃虚弱(虚寒)型慢性浅表性胃炎,并与常规西药治疗的50例作对比观察,取得了较好的疗效,现

报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2012年7月~2014年7月在中国中医科学院望京医院针灸科和消化内科门诊治疗的符合纳入标准的慢性浅表性胃炎患者100例,随机分为健脾和胃汤配合针灸治疗的治疗组和常规西药治疗的对照组,每组50例。两组患者在性别、年龄、病程及治疗前症状等方面差异均无统计学意义($P>0.05$)。见表1。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照《中国慢性胃炎共识意见》^[5]:①病史和症状:有不同程度的中上腹不适、饱胀、钝痛、食欲不振、暖气、消化不良、厌食、恶心及与进食有关的上腹部疼痛等症状,无明显节律性,一般进食后较重;可有左上腹部轻度压痛。②符合慢性浅表性胃炎电子胃镜诊断标准:内镜下可见红斑(点状、片状和条状)、黏膜粗糙不平、出血点(斑)、黏膜水肿、渗出等基本表现;可同时存在平坦糜烂、隆起糜烂、出血、粗大皱襞或胆汁返流等征象。

1.2.2 中医诊断标准 参照《慢性胃炎的中西医结

[※]基金项目 中国中医科学院“名医名家传承”项目(No. CM20121016)

* 作者简介 熊云,男,医学硕士,副主任医师。中国中医科学院名老中医吴幼卿教授学术继承人。主要从事针灸临床及科研工作。

• 作者单位 中国中医科学院望京医院(100102)

合诊治方案》^[6]中关于脾胃虚弱(虚寒)的证候诊断标准,主症:①胃脘隐痛;②喜按喜暖;③食后脘闷;④纳呆少食;⑤便溏腹泻;⑥四肢疲乏无力。次症:①胃黏膜可见红斑或粗糙不平;②黏液稀薄而多或线糊

状;③胃酸偏低。舌象脉象:舌质淡红,有齿印,苔薄白或白,脉沉细。证型确定:具备主症3项加次症1项,舌脉象基本符合,或具备主症2项和次症2项,舌脉象基本符合。

表1 两组CSG患者一般资料比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	性别(例)		年龄(岁)	病程(月)	治疗前症状(个)
		男	女			
治疗组	50	26	24	40.4 ± 8.2	34.3 ± 5.3	4.3 ± 1.3
对照组	50	28	22	42.2 ± 9.1	35.1 ± 6.1	5.0 ± 1.4

1.2.3 纳入标准 ①符合慢性浅表性胃炎的西医诊断标准及脾胃虚弱(虚寒)型的中医诊断标准;②年龄18~60岁;③愿意接受中药针灸治疗者。

1.2.4 排除标准 ①幽门螺杆菌现症感染者(13C-尿素呼气试验阳性);②病理诊断有重度异型增生或疑有恶性病变者;③合并有心脑血管、肝、肾和造血系统等严重危及生命的原发性疾病以及精神病患者;④妊娠或准备妊娠妇女、哺乳期妇女;⑤不能坚持中药针灸治疗者。

1.3 治疗方法

1.3.1 治疗组 以健脾和胃汤配合针灸治疗。健脾和胃汤组成:丹参15g,沙参12g,姜半夏10g,茯苓15g,砂仁10g,佛手12g,白芍15g,元胡12g,炒白术12g,炙甘草10g。煎服法:水煎服,每日1剂,早晚分服。临证加减:上腹胀满者可酌加木香、枳壳各10g行气健脾。消化不良加鸡内金、焦三仙各10g以健胃消食。中焦虚寒者加炙黄芪15g、桂枝10g、肉豆蔻6g温中散寒。连服3周为1疗程。

针刺取穴:主穴取足三里、中脘、气海;配穴取合谷、内关、三阴交、上脘、梁门。常规穴位消毒后,使用天津华鸿医材有限公司生产的汉医牌0.25×40mm一次性使用无菌针灸针,取双侧合谷、内关、梁门及上脘,平补平泻;取双侧足三里、三阴交及中脘、气海,针刺提插补法;并温针灸双侧足三里及中脘、气海,即在针柄上穿置一段长2cm的艾条施灸,施灸前先将硬纸盒部分撕开,夹住拟温针灸的露出皮外针身的下端,以防烫伤,留针30分钟。每周5次,连续治疗3周。

1.3.2 对照组 参照《慢性胃炎的中西医结合诊治方案》^[6],予常规西药治疗:奥美拉唑肠溶片(鲁南贝特制药有限公司生产)20mg,每日2次;硫糖铝混悬液

(广东华南药业生产)1.0g,每日3次;伴有饱胀、恶心、嗝气、消化不良者,予枸橼酸莫沙必利片(鲁南制药有限公司生产)5mg,每日3次,连续治疗3周。

1.4 观察指标

1.4.1 临床症状 分别于开始治疗当日及结束治疗后次日进行症状评定。

1.4.2 电子胃镜检查评定 治疗前3天内及结束治疗后3天内进行。

1.5 疗效判定标准 参照《慢性胃炎的中西医结合诊治方案》^[6],分为临床症状疗效评定标准及胃镜疗效评定标准。①临床症状疗效评定:近期临床治愈:临床主要症状消失,次要症候基本消失或消失;显效:临床主要症状消失,次症基本消失;有效:主要症状明显减轻;无效:达不到有效标准之病例,而未恶化者。

②胃镜疗效评定标准:近期临床治愈:胃粘膜活动性炎症消失,慢性炎症好转达轻度;显效:胃粘膜急性炎症基本消失,慢性炎症好转;有效:胃粘膜病变范围缩小1/2以上,炎症有所减轻;无效:达不到有效标准之病例,而未恶化者。

1.6 统计方法 采用SPSS21.0进行统计分析,计数资料使用 χ^2 检验,计量资料使用 t 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床症状疗效比较 健脾和胃汤配合针灸治疗组的临床症状总有效率98%,常规西药对照组总有效率88%,二者无统计学意义($P > 0.05$)。但在临床症状有效的患者中,健脾和胃汤配合针灸治疗组的痊愈率+显效率为90%,明显高于常规西药对照组的64%,有统计学意义($P < 0.05$)。见表2。

表2 两组临床症状疗效比较(例·%)

分组	例数	痊愈	显效	好转	无效
治疗组	50	31(62%)	14(28%)	4(8%)	1(2%)
对照组	50	20(40%)	12(24%)	12(24%)	6(12%)

2.2 两组胃镜疗效比较 健脾和胃汤配合针灸治疗组的胃镜总有效率96%,常规西药对照组总有效率90%,二者差异无统计学意义($P > 0.05$)。但在治疗

有效的患者中,健脾和胃汤配合针灸治疗组的胃镜痊愈率+显效率为68%,明显高于常规西药对照组的44%,有统计学意义($P < 0.05$)。见表3。

表3 两组胃镜疗效比较(例·%)

分组	例数	痊愈	显效	好转	无效
治疗组	50	22(44%)	12(24%)	14(28%)	2(4%)
对照组	50	10(20%)	11(22%)	24(48%)	5(10%)

3 讨论

慢性浅表性胃炎属中医的“胃脘痛”、“胃痞”、“痞满”范畴。“胃脘痛”之名,最初记载于《黄帝内经》,如《灵枢·邪气脏腑病形》指出:“胃病者,腹胀,胃脘当心而痛。”^[7]痞满一病亦首见于《黄帝内经》,称之为满、痞、痞满、痞塞等。如《素问·至真要大论》:“心胃生寒、胸膈不利、心痛否满。”^[8]本病病机以脾胃虚弱为主,多因素体脾胃不健,或劳倦过度,或年老体弱,中气久虚,或饥饱失常,或病中过用寒凉克伐之剂,重耗脾胃之气或久病不愈,胃气未复等均可损伤脾胃功能,致使脾胃虚弱,脾失健运,胃纳呆钝,气血生化不足,进而出现食后脘闷、纳呆少食、四肢乏力等症;脾虚不能运化水湿,水湿下注则便溏腹泻;脾胃虚弱日久,损及脾阳,使脾胃虚寒,不能温煦而致胃脘隐痛、喜按喜暖。

健脾和胃汤源自《医方集解》中的香砂六君子汤,是在此方基础上减化裁而来,为吴幼卿教授长期治疗慢性浅表性胃炎的临床经验结晶。吴教授认为中虚气滞为本病的主要病机,由于脾胃气虚,中气不运,气滞于中所致。本方保留了香砂六君子汤方中砂仁、半夏、白术、茯苓、甘草以健脾益气、行气和胃、温中化湿、降逆止呕,去原方中偏温燥的木香、陈皮,改为性较平和的佛手、元胡,以行气止痛、理气燥湿,并将党参改为丹参、沙参,另加白芍。吴教授认为慢性浅表性胃炎一般病史较长,久病入络伤阴,故加丹参活血化瘀,沙参、白芍滋阴养胃。诸药共奏健脾和胃、补益脾胃、理气止痛、滋阴活血之效。上腹胀满者可酌加

木香、枳壳行气健脾;消化不良加鸡内金、焦三仙以健胃消食;中焦脾胃虚寒者加炙黄芪、桂枝、肉豆蔻以温中散寒。

足三里为足阳明胃经之合穴,胃之下合穴。阳明经为多气多血之经,胃在五行属土,土载万物,因而选择针刺补法加温针灸足三里作为培补后天(脾胃)之本、温补脾阳、补益气血的主穴,正如《四总穴歌》所说,“肚腹三里留”。现代研究发现:针刺胃肠疾病患者的足三里,可出现循经感传,沿胃经到达胃腑,对胃肠运动具有特异性的调整作用,尤其是使胃肠蠕动增强,提高胃肠功能^[9-11]。中脘是胃的募穴,腑会,是任脉、手太阳、足阳明经交会穴,针刺补法加温针灸中脘,具有补益脾胃、温中散寒、健脾和胃之功,是治疗脾胃虚弱及脾胃虚寒的要穴。《针灸甲乙经》明确指出:“胃胀者,中脘主之”。针刺补法加温针灸气海,有益气健脾、养生强壮之效。故取足三里、中脘、气海为主穴;取合谷、内关、三阴交、上脘、梁门为配穴,以强化健脾和胃,调和气血的作用。诸穴针灸并用,共奏健脾和胃、补益脾胃、温中散寒之功。健脾和胃汤配合针灸治疗脾胃虚弱(虚寒)型慢性浅表性胃炎,可充分发挥中药和针灸良性协同作用,取得较好的疗效。

笔者采用健脾和胃汤配合针灸治疗脾胃虚弱(虚寒)型慢性浅表性胃炎,发现疗效与常规西药治疗相当,而在临床症状疗效方面,治疗组痊愈率+显效率明显高于常规西药对照组;在胃镜疗效方面,治疗组痊愈率+显效率明显高于常规西药对照组,并且健脾和胃汤配合针灸治疗脾胃虚弱(虚寒)型慢性浅表性

(下转第63页)

- [3] Younossi ZM, Guyatt G, Kiwi M, et al. Development of a disease specific questionnaire to measure health related quality of life in patients with chronic liver disease. *Gut*, 1999, 45: 295.
- [4] 高长玉, 李冀, 柴剑波, 等. 四神丸止泻作用的实验研究[J]. *中医药学报*, 2005, 33(2): 40-41.
- [5] 苗明三, 杨亚蕾, 方晓艳. 莲子多糖增强环磷酰胺致免疫抑制小鼠机体免疫功能[J]. *中国组织工程研究与临床康复*, 2008, 12(53): 10477-10480.
- [6] 丁利君, 周国栋. 莲子水溶性糖的提取及其对自由基清除能力的研究[J]. *食品科学*, 2002, 23(8): 252-254.
- [7] 张季冬. 山药多糖的化学分析及其生物活性[J]. *安徽农业科学*, 2009, 6(23): 11003-11004.
- [8] 杨晓芸, 张素娟, 沈磊, 等. 山药莲子饼对小鼠脾虚模型的影响[J]. *临床合理用药杂志*, 2013, 6(3): 90-93.
- [9] 傅紫琴, 蔡宝昌, 卞长霞, 等. 山药及其麸炒品的多糖成分对脾虚小鼠胃肠功能的影响[J]. *药学与临床研究*, 2008, 16(30): 181-183.
- [10] 於怀龙, 怀晴晴, 薛玲. 中药芡实预防急性胃粘膜损伤药理作用的研究[J]. *药学研究*, 2013, 13(6): 326-327.
- [11] Samarjit D, Eter D, Utpal R. The effect of Euryale fer-ox(makhana), a herb of aquatic origin, on myocardial ischemic reperfusion injury[J]. *Molecular Biochem*, 2006, 289: 55-63.
- [12] 郝亚楠, 李新平, 刘宁, 等. 薏米提取物对溃疡性结肠炎大鼠抗氧化作用的研究[J]. *中国预防医学杂志*, 2012, 3(13): 177-180.

(上接第52页)

胃炎患者耐受性好, 未发现明显不良反应, 值得临床上进一步推广应用。

参考文献

- [1] 韩景星. 慢性胃炎与癌变[J]. *中级医刊*, 1985, (10): 18.
- [2] 李益农. 慢性胃炎的诊治问题[J]. *中华内科杂志*, 1983, 22(5): 257.
- [3] 韩贵清. 中医治疗慢性胃炎进展[J]. *河北中医*, 1986, (5): 45.
- [4] 危北海. 慢性胃炎的临床研究进展[J]. *天津中医*, 1984, (2): 22.
- [5] 中华医学会消化病学分会. 中国慢性胃炎共识意见[J]. *现代消化及介入诊疗*, 2007, 12(1): 55.
- [6] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会(2003. 重庆). 慢性胃炎的中西医结合诊治方案(草案)[J]. *中国中西医结合杂志*, 2005, 25(2): 172.
- [7] 田代华, 刘更生整理. 灵枢经[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 11-16.
- [8] 田代华整理. 素问[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 176-191.
- [9] 何智明. 针刺对胃肠运动功能的影响. *针灸研究*[J], 1986, (4): 280.
- [10] 凌奇荷, 李菊英. 针刺足三里、内关穴在纤维胃镜检查中的应用. *湖南医学院学报*[J], 1981, 6(1): 58.
- [11] 张纯亮等. 针灸疗法的一些临床观察和研究. *中华医学杂志*[J], 1956, (6): 514.

医 论

论 嚏

《金匱》痰饮篇曰:水在肝,胁下支满,嚏而痛。徐注曰:肝与少阳胆为表里,所以主半表半里者,水气乘之,阴寒内束,故少阳气上出,冲击而嚏,如伤风然。喻注曰:火气冲鼻,故嚏也。按《内经》肾主嚏,故凡太阳伤寒,寒气深入,随督入脑,为热所击,则嚏矣。太阳与督,即少阴之部也,其脉皆与脑通。嚏者,寒热相激,逐于脉中,致脉内作痒,痒即突出。徐曰寒束,喻曰火冲,其义一也,惟不言肝肾相通,而牵说少阳,殊属无稽。夫肝水见嚏者,肝寒感于肾也。且嚏之来路有二:因寒束肺窍,热气撩于肺中而上冲者,其气发于胸中,上过膻之内,而下出于鼻也;因寒束督脉,热气激于脊膂而上冲者,其气起于腰俞,循脊上出脑顶之巅,而下出于鼻也。一缕寒邪,孤行气脉,而不为正气所容,故冲击而出也。本属微邪,不足为病,然见有早起,必嚏数十次,无间寒暑,而寒天较甚,妇人妊娠尤为有碍,此不得为微邪矣。治法宜仿肝水例,宣达肝与膀胱之阳,与肺气相接,使水邪下伏,宿寒外攘,即止。

(摘自清·周学海《读医随笔·卷四·证治类》)